

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure.

PAR

Louis POURTIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE

DES ACCÈS FÉBRILES INTERMITTENTS

AU DÉCOURS DE LA DOTHIENENTERIE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. { LETULLE, *agréé*
 { ROGER et MARFAN, *agregés.*

PARIS

LIBRAIRIE GEORGE ANOYAUT

25, RUE CUVAS, 25

1899

Année 1899

THÈSE

N° 147

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure.

PAR

Louis POURTIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

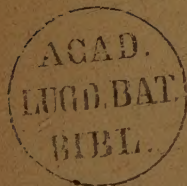
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES ACCÈS FÉBRILES INTERMITTENTS

AU DÉCOURS DE LA DOTHIENENTERIE

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : MM. { LETULLE, agrégé.
ROGER et MARFAN, agrégés.*



PARIS

LIBRAIRIE GEORGE ANOYAUT

25, RUE CUJAS, 25

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

	Doyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		N...
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUGLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le développement et la discussion de notre sujet inaugural, nous avons à remplir un devoir, devoir bien doux et consacré par la tradition, celui de remercier ceux qui ont guidé nos études et à qui nous sommes redevables des connaissances médicales que nous avons.

Tout d'abord, remercions M. le docteur Faure, professeur agrégé, qui pendant tout le cours de nos études médicales n'a cessé de nous témoigner sa bienveillance. C'est à ce maître que nous devons nos premières et meilleures connaissances d'anatomie et de chirurgie pratique.

Notre première année d'externat, nous l'avons passée auprès de M. le docteur Picqué, à la Maison Municipale de Santé, et là, nous avons appris de ce maître bienveillant les éléments de la gynécologie et de la clinique chirurgicale.

L'année suivante nous avons eu la bonne fortune d'être l'externe de M. le docteur Gombault, à l'hospice d'Ivry, qu'il nous permette d'affirmer ici combien nous sommes heureux d'avoir été son élève et d'avoir pu profiter de son enseignement. Nous avons appris de ce maître, ce que nous savons de clinique médicale et d'anatomie pathologique ; et depuis ce temps il n'a cessé de nous prodiguer

ses conseils et de nous témoigner sa bienveillance ; nous conserverons de lui un souvenir ineffaçable.

Enfin notre troisième année d'externat s'est écoulée trop rapide, hélas, auprès du docteur Caussade, dans son service temporaire de l'hôpital Saint-Antoine. C'est ce maître qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale ; et ses conseils qu'il ne nous a point ménagés, nous ont facilité notre tâche. Nous ne saurions jamais assez le remercier et lui en témoigner toute notre reconnaissance.

La même année les hasards des changements de service, nous ont fait pendant un temps trop court l'élève de M. le docteur Bécclère. Il nous a appris à connaître les importants services que pouvaient rendre la radioscopie associée à la clinique médicale ; nous n'oublierons pas sa bienveillance pour nous et la clarté de son enseignement.

Que MM. les docteurs Renaut, Polaillon, Letulle, Vaquez et Maygrier, nos différents maîtres dans les hôpitaux, agrément l'expression de notre profonde gratitude.

Enfin, nous prions M. le professeur Hutinel, d'agréer nos plus respectueux hommages pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

M. le professeur Potain, dans une de ses cliniques (*Semaine Médicale*, 19 avril 1899) sur la fièvre dans la convalescence de la dothientérie, s'exprime ainsi :
« Il y a des convalescents chez lesquels la fièvre reparait
« non plus avec une allure régulière mais sous forme
« paroxystique. Cette fièvre paroxystique tardive (Nach-
« fieber des Allemands) survient sans cause apparente
« et la température peut rester élevée de 1 à 3 degrés
« pendant quelques jours. L'hyperthermie affecte ainsi
« parfois les allures d'une fièvre rémittente ou intermit-
« tente, les paroxysmes étant séparés par des intervalles
« irréguliers de un, deux ou trois jours durant lesquels
« l'apyrexie est complète. La fièvre paroxystique de la
« convalescence est relativement assez rare ».

Il nous a été donné d'observer, dans le service de notre maître, le docteur Caussade, médecin des hôpitaux, un malade atteint de dothientérie qui a présenté au décours de son infection typhique, alors qu'il semblait entrer en convalescence, une hyperthermie brusque, avec tous les symptômes cliniques d'un accès de fièvre intermittente, survenue sans cause apparente et sans que l'on puisse incriminer une infection paludique ancienne ou surajoutée comme nous le verrons plus loin dans l'étude et dans la discussion de notre Observation. Suivant ses conseils,

nous avons pensé qu'il serait intéressant de relater ce fait et d'ajouter l'observation de notre malade à celles peu nombreuses que l'on trouve dans la littérature médicale.

Depuis longtemps de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons, Wunderlich, Griesinger, Bernheim..., etc., ont signalés des recrudescences thermiques au déclin de la dothientérie, sans insister autrement sur ces faits cliniques. Nous ne reviendrons pas sur l'histoire de cette question que le docteur Jacquemin a complètement traité dans son travail inspiré par le docteur Bouveret, professeur agrégé de la Faculté de Lyon « sur les grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde. (Thèse de Lyon, 1896) ». Nous ne ferons simplement que signaler depuis l'étude de cet auteur la publication d'un cas analogue du docteur Frenkel (*Lyon médical*, juin 1892) dont il n'est point fait mention dans la thèse de Jacquemin, de la communication du professeur Bernheim au Congrès de médecine de Nancy, 1896, qui dans une des conclusions de son travail s'exprime ainsi : « l'évolution thermométrique typhique peut aussi se prolonger ou être « suivie après une période d'apyrexie, par une fièvre « irrégulière, quelquefois seulement vespérale sans localisation constatable » et enfin la récente clinique du professeur Potain dont nous nous sommes inspiré et que nous avons cité dès le début.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs chapitres ; dans un premier nous faisons connaître notre Observation suivie de l'étude et de la discussion qu'elle comporte ; dans un deuxième nous y joindrons les observations publiées par le docteur Bouveret (*Lyon médical*, juin 1892) qui se

rapprochent de la nôtre, en insistant sur les faits intéressants qu'elles présentent, et enfin dans un dernier chapitre nous essaierons d'en donner une symptomatologie aussi précise que possible et nous passerons en revue les différents diagnostics, auxquels on peut penser dans les cas particuliers dont nous nous occupons.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I (personnelle).

Le malade Joly, Pierre, âgé de 24 ans, jardinier, d'un tempérament très robuste, entre à l'hôpital Laennec, salle Chauffard, le 22 août, avec tous les signes classiques d'une dothiéntérie, au premier septenaire ; signes sur lesquels nous n'insisterons pas. Il se trouvait dans des conditions favorables à l'éclosion de sa maladie, encore peu acclimaté à Paris, où il n'habitait que depuis six mois environ, époque à laquelle il avait quitté son pays de Louhans (Saône-et-Loire) pour venir exercer ici son métier de jardinier.

Les seuls faits sortant un peu de la banalité parmi les symptômes de fièvre typhoïde qu'il présente le jour de son arrivée (3^e jour de la maladie déclarée), sont une céphalée frontale extrêmement intense et une rachialgie lombaire non moins violente et pénible au point de lui arracher des cris au moindre mouvement du tronc.

Après une expectation de 24 heures, malgré un séro-diagnostic au vingtième absolument négatif, l'évidence des symptômes (anorexie, diarrhée, dicrotisme du pouls, douleur et gargouillement de la fosse iliaque, insomnie, stabilité de l'hyperthermie) est telle que le traitement par la méthode de Brandt est prescrit et immédiatement appliqué, bains toutes les 2 heures, ramenés de 24° à 21° jusqu'à frisson ; comme adjuvants des boissons abondantes, thé au rhum, limonade vineuse, lait, bouillon, potion de Todd.

Jusqu'au 13^e jour de la maladie, l'état du malade reste à peu près stationnaire, sans rémissions et aggravations. Les taches rosées apparaissent le 9^e jour. La rachialgie du début cependant après avoir persisté pendant quelques jours, diminue peu à peu et s'efface, la céphalée au contraire, nullement influencée par l'administration de

3 gr. d'antipyrine, prescrits les 4^e et 5^e jours de la maladie, présente une opiniâtreté remarquable et ne diminuera que vers le 15^e jour pour cesser complètement vers le 18^e jour.

La température, qui était le jour de l'entrée de 40°3, se maintient très élevée jusqu'au 13^e jour et c'est le 14^e seulement que se manifeste une chute appréciable (voir le tracé de la température). Jusque-là ses oscillations très régulières se font entre un maximum de 40°4 et un minimum de 39° et 99 dixièmes ; ce maximum et ce minimum sont d'ailleurs atteints l'un et l'autre chaque jour, le 1^{er} en général entre 7 et 10 heures du soir, le 2^e entre 4 et 7 heures du matin. La température du malade s'abaisse assez considérablement à la suite des bains, la chute de la température est en moyenne de 1°5 à 2°, elle se maintiendra à ce taux du reste pendant tout le cours de la maladie.

A aucun moment, on ne note l'apparition de stupeur, et la langue si elle est un peu sèche (10^e et 11^e jour) ne devient jamais rôtie et fuligineuse ; les 10^e, 11^e et 12^e jours, le malade présente une angine assez intense avec rougeur vive du pharynx et dysphagie très marquée.

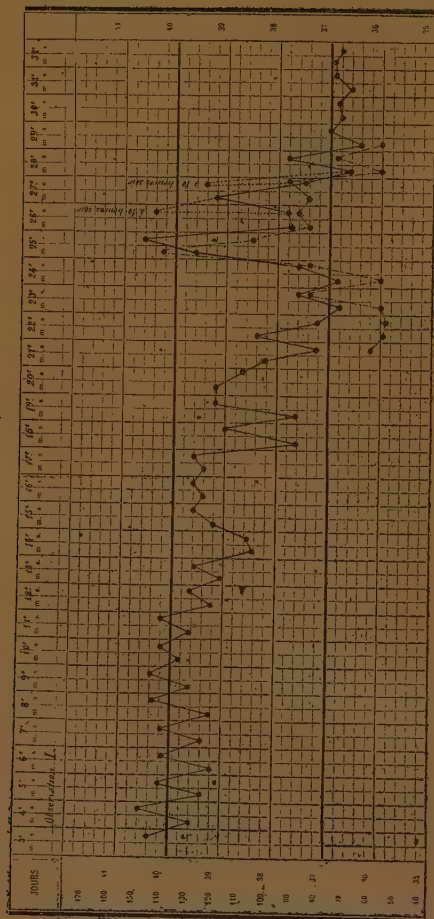
C'est le 14^e jour que pour la première fois la température descend à 10 heures du matin au-dessous de 39° à 38°4.

Entre le 15^e et le 17^e jour, la température oscille entre 39°2 et 39°6.

Le 14^e jour le malade accuse pour la première fois la sensation de faim. En outre ce même jour le séro-diagnostic au vingtième se montre pour la première fois positif, alors que le 4^e jour il avait été négatif ainsi que le 6^e et 12^e jour où il avait été recherché. Le pouls du malade suit très fidèlement la courbe thermique et oscille en moyenne aux environs de 90 pulsations à la minute jusqu'au 17^e jour. Du 18^e au 21^e la température oscille entre 37°6 et 39°2.

Le 23^e jour la température arrive au-dessous de 37° d'ailleurs les bains sont supprimés, le malade est considéré comme étant tout à fait apyrétique (max. 37°6).

Les urines qui pendant les premiers stades de la maladie avaient été rares, colorées, sédimenteuses et que le malade rendait souvent



dans l'eau du bain, sont maintenant depuis le 21^e jour rendues dans l'urinal et sont plus abondantes (22^e jour 1 lit., 23^e jour 2 lit., 24^e jour 2 lit. 500) moins troubles et moins colorées.

La diarrhée a disparu, le malade cause et se trouve très bien.

Mais le 24^e jour, au soir, sa température remonte à 7 heures à 37°6 pour retomber à 10 heures à 36°8. En outre il a un épistaxis abondant. Il ne reçoit naturellement rien de plus dans son alimentation et ne commet aucune imprudence.

Le 25^e jour au matin à partir de 4 heures (37°6) sa température commence à s'élever pour atteindre rapidement à 7 heures 39°6, un bain froid est alors donné au malade à nouveau, au moment et à la suite du bain le malade ne peut arriver, dit-il, à se réchauffer, ses pieds sont froids, quoique le tronc donne au toucher la sensation d'une chaleur intense. A 7 h. 1/2 un violent frisson saisit le malade dont tout le corps est secoué par les tremblements musculaires et dont les dents s'entrechoquent avec bruit. De 10 heures du matin à 10 heures du soir, la température se maintient entre 40°4 et 40°6 et ce n'est qu'à midi que le frisson cesse, remplacé bientôt par une sensation de chaleur qui va s'accroissant et aboutit à des sueurs profuses durant toute la nuit.

La quantité des urines émises ce jour-là est en diminution de 200 grammes sur celles des jours précédents. La coloration jaune claire est remplacée par une teinte rougeâtre dans la journée, et le dépôt sédimenteux est tel que l'on recherche le pus dans les urines, l'examen est négatif.

Toute la matinée du 26^e jour, de minuit à 4 heures du soir, intervalle de temps pendant lequel le malade est apyrétique, les urines sont plus claires et plus abondantes.

Mais le 26^e jour au soir, vers 4 heures, la température s'élève à nouveau pour atteindre à 10 heures du soir 40°3, pendant son élévation, même frisson que le jour précédent, mais beaucoup moins intense et moins prolongé. En outre sitôt son maximum atteint la température baisse rapidement.

Aussi le 27^e jour, au milieu de sueurs abondantes quoique moins

prononcées que la veille, le malade retombe à 4 heures de l'après-midi à 37°4.

Le soir enfin de ce 27^e jour la température remonte encore rapidement de 4 heures à 10 heures du soir jusqu'à 39°3 pour redescendre à 7 heures du matin le 28 à 36°6.

Le 28^e jour au soir le malade esquisse à nouveau un petit accès fébrile moins marqué que le précédent et ne dépasse pas 37°8.

Le 29^e jour seulement il atteint l'apyrexie complète et le malade continue sa convalescence, il sort guéri le 29 septembre 1897.

Reprenons et étudions dans notre observation les diverses particularités intéressantes qui nous ont frappé. Nous avons affaire à un jeune homme de 21 ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire. Il est né à Louhans, Saône-et-Loire, il n'a jamais été aux colonies et n'a jamais eu d'accès de fièvres intermittentes. Par l'enquête que nous avons faite, par l'étude du climat et de la situation géographique de sa contrée, nous sommes convaincus qu'il ne peut y avoir aucune trace d'infection paludique dans ses antécédents. Il est arrivé à Paris six mois environ avant son entrée à l'hôpital et dans le quartier où il a habité nous n'avons retrouvé à cette époque aucune cause, aucune épidémie paludique coexistante.

Les quatre accès fébriles de notre malade ont présenté dans leur série décroissante une symptomatologie identique dans ses grands traits. Si nous examinons sa courbe thermique, nous y voyons que notre malade complètement apyrétique, alors qu'il semblait que la convalescence allait s'effectuer et ce qui le démontre bien, c'est que, les accès ayant cessé, elle suivra son cours normal. Nous y voyons donc, une première ascension brusque de la température

qui atteint, en six heures de temps à chaque accès, son maximum ; maximum qui est à 40°6 au 1^{er} accès, 40°3 au deuxième et 39°3 au dernier, et nous ne saurions trop insister sur ce fait que l'on retrouve dans toutes les observations, et qui sera un élément de diagnostic précieux, c'est la chute de la température jusqu'à la normale à la fin de ces accès, dans notre cas elle est descendue aux environs de 37° pour les 1^{er} et 2^e accès et un peu au-dessous de la normale à la fin du 3^e et du 4^e.

A chaque accès notre malade a présenté les trois stades d'évolution de la fièvre intermittente, frisson prolongé, sensation de chaleur considérable aboutissant à des sueurs profuses, ces symptômes vont en décroissant d'intensité.

Nous remarquons de plus que comme dans cette dernière, l'ascension de la température a commencé avant le début du frisson et continué pendant toute la durée de celui-ci. Ce malade a donc présenté au point de vue thermique l'ensemble symptomatique qui accompagne l'accès de fièvre intermittente à type quotidien.

Cependant, malgré cela, et quoique nous ayons omis l'examen du sang, nous ne pouvons conclure à un accès de paludisme, survenant ou évoluant pendant le décours de la dothienenterie, car ainsi que nous l'avons dit plus haut le malade n'a pas d'antécédents paludéens, et à aucun moment nous n'avons trouvé ni gros foie, ni hypersplénie, ni albuminurie.

L'état général de notre malade, malgré cette température inquiétante, est resté bon, la langue a été à peine sèche au moment de l'hyperthermie la plus élevée. Sauf pendant le premier accès il n'a cessé d'accuser la sensation de

La sécrétion urinaire présente chez notre malade un intérêt particulier comme on peut s'en rendre compte en regardant le tableau ci-dessus où nous avons superposé la courbe d'urines à la courbe thermique. On constate que la quantité d'urines est fortement modifiée ; au moment où la maladie fait sa défervescence on voit progressivement la courbe d'urines monter de 1000 grammes à 2500 grammes, et cette polyurie critique vient bien confirmer qu'au moment du début des accès fébriles la dothiéntérie était en pleine défervescence. Puis le taux des urines diminue nettement pendant les accès, tombe à 1500 grammes, et le malade redevient polyurique (3 litres) comme précédemment après le 3^e accès. Enfin au moment de la période hyperthermique des accès les urines sont rouges foncées, non albumineuses, et pendant l'apyrexie elles sont claires et notablement plus abondantes.

En résumé nous avons donc eu affaire à un typhique qui au 23^e jour de son infection a présenté brusquement trois grands accès fébriles intermittents, sans cause apparente et que nous ne pouvons imputer ni au paludisme ni à tout autre complication.

CHAPITRE II

L'observation qui suit a trait à un malade qui arrivé au 19^e jour d'une fièvre typhoïde légère, se trouvait dans un état satisfaisant. Les symptômes qu'il avait présentés s'étaient fortement améliorés. D'ailleurs, en jetant un coup d'œil sur la courbe thermique on constate qu'au milieu de sa descente en lysis, la température s'est brusquement élevée de 37°8 à 40°6. En même temps que cette élévation, survenue sans cause apparente, est apparu un frisson très intense suivi de sueurs très abondantes. Cet accès, analogue par sa symptomatologie à celui d'une fièvre intermittente a duré 12 à 14 heures environ. Il en a présenté 4 sans périodicité régulière, le 2^e, sept jours après le 1^{er}, le 3^e un jour après le second, et le dernier accès a été séparé du 3^e par un intervalle de 3 jours.

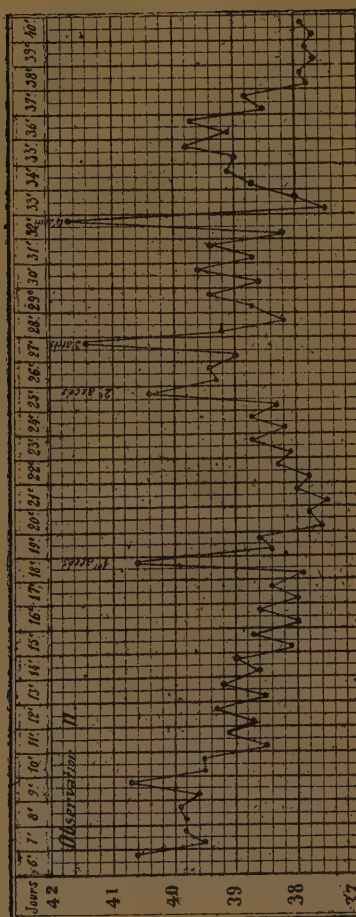
Ils ont tous eu les mêmes caractères cliniques, un frisson violent tel que le malade claqué des dents, secoue fortement son lit et ses couvertures et pendant une heure et demi ce frisson est suivi d'une élévation de température considérable puisque dans un des accès elle atteint 41°7, point maximum, alors que le minimum pour les autres est 40°4. Des sueurs profuses sont apparues et en 12 à 14 heures environ, la température est descendue de 3 ou 4 degrés, elle n'est jamais tombée au dessous de 37°5.

Cette observation est intéressante parce qu'à chaque

accès l'examen clinique minutieux de ce malade n'a jamais permis de découvrir aucune lésion organique capable d'expliquer ces accès qui se rapprochent tant du paludisme, et cependant aucun antécédent palustre ne peut être incriminé et de plus l'administration de bromhydrate de quinine, tant à l'intérieur qu'en injections hypodermiques n'a eu aucune action sur ceux-ci, soit pour en diminuer l'intensité, soit pour en restreindre le nombre.

Nous ne voulons pas à l'occasion de cette observation discuter les diverses idées qui peuvent se présenter à l'esprit du clinicien en présence de tels faits, nous renvoyons à notre chapitre de diagnostic. Cependant nous ajouterons qu'il ne peut être question de paludisme, pour les raisons énoncées plus haut, pas d'accès de fièvre intermittente, dans les antécédents, pas de gros foie ni de grosse rate et de plus la température comme dans un accès franc de fièvre intermittente n'est jamais descendue à la normale à la fin des trois premiers accès.

Cette observation peut-être comparée au point de vue des caractères et du nombre des accès, à ceux de notre observation, mais ici nous nous trouvons en présence d'accès fébrile paroxystique tantôt rémittents, tantôt intermittents survenus au cours de la défervescence de la fièvre typhoïde.



OBSERVATION II (In BOUVERET, *Lyon médical*. Juin 1892)

M. R..., Agé de 40 ans, n'a jamais été sérieusement malade, il souffre seulement de quelques hémorroïdes et d'une constipation habituelle.

Du 19 au 20 décembre, le malade est pris d'un état fébrile qui débute par de petits frissons, de la céphalalgie, des douleurs lombaires et de l'accablement des forces. Dans la soirée du 23^e la température s'élève déjà à 40°6. Aux symptômes précédents s'ajoutent de l'anorexie, un état saburral de la langue, de la constipation, des sueurs assez abondantes, une prostration croissante.

Le diagnostic est encore incertain, fièvre typhoïde ou embarras gastrique fébrile. Traitement laxatif, *sulfate de quinine*.

Le 26, il s'agit certainement d'une dothientérie ; épistaxis, douleur et gargouillement dans la fosse iliaque, diarrhée, taches rosées sur l'abdomen, température du soir 40°7. D'ailleurs la petite fille du malade vient d'être atteinte de la fièvre typhoïde dans la même maison. — Lavement froid quinine.

Les symptômes loin de s'aggraver semblent plutôt s'améliorer les jours suivants ; le 3 janvier, la température oscille de 37°9 à 38°4 et l'état du patient est tout à fait satisfaisant.

Le 4 janvier, dans la soirée, éclate un violent accès fébrile, précédé d'un frisson très intense qui dure une heure et pendant lequel le patient claque des dents et tremble de tous ses membres. On donne un gramme de bromhydrate de quinine ; la température s'élève à 40°6, puis après une sudation copieuse, elle descend en 12 ou 14 heures à 38°4. L'examen le plus méticuleux ne permet de découvrir aucune complication locale. L'accès passé, il reste un peu d'abattement, mais l'état général est excellent.

Pendant la semaine suivante, la courbe thermométrique présente un léger mouvement ascensionnel, au début de cette période elle oscille de 37°6 à 38° et vers la fin 39°2 à 39°6.

L'état général est toujours satisfaisant et on ne constate aucune complication.

Le 11 janvier également dans la soirée, éclate un second accès fébrile avec fort frisson, en tout semblable au premier accès. Il dure 12 à 14 heures et se termine par une abondante transpiration. Mais la température ne revient pas à la normale, immédiatement après l'accès et les jours suivants, elle reste au-dessus de 39°. Sauf un peu d'abattement, l'état du malade reste toujours très bon. La langue est humide, il n'y a pas trace de fuliginosités, pas d'adynamie, aucun trouble fonctionnel, ni cérébral, ni thoracique, ni abdominal. L'examen minutieux et répété de tous les organes reste absolument négatif. Persistance des taches rosées et quelques râles de bronchite aux bases des poumons. On continue le *bromhydrate de quinine*.

Le 13 janvier, 3^e accès, semblable encore aux précédents. Après cet accès, la température oscille pendant cinq jours de 38°2 à 39°6.

Le 18 janvier, apparaît un 4^e accès, celui-là plus intense que tous les autres. Le frisson dure plus d'une heure et demi, avec une telle violence que le malade secoue fortement son lit et ses couvertures. Pendant le stade de chaleur, le thermomètre monte à 41°7. La respiration est accélérée et anxieuse, les battements du cœur forts et précipités sont à 140 à la minute. Le malade vomit, il est très prostré, mais il ne délire pas. On pratique une injection hypodermique de 1 gramme de *bromhydrate de quinine*. Au bout de 12 heures la sueur apparaît et la température commence à baisser. Elle tombe rapidement à 38°6 puis à 37°5 minimum qu'elle ne dépasse pas.

Ces 4 accès, se sont produits sans périodicité régulière. Ils ont toujours débuté dans la soirée. Enfin la malaria n'existe pas dans le pays et nous sommes au cœur de l'hiver. La quinine n'a pas empêché le retour des accès.

Les jours suivants, la température remonte de 37°5 à 39° et pendant trois jours se maintient entre 39° et 39°8, puis elle revient à la normale.

Le 25 janvier, le patient se plaint d'un point de côté gauche, et on constate du côté de la poitrine, les signes d'un léger épanchement pleurétique, souffle, œgophonie, matité, etc.

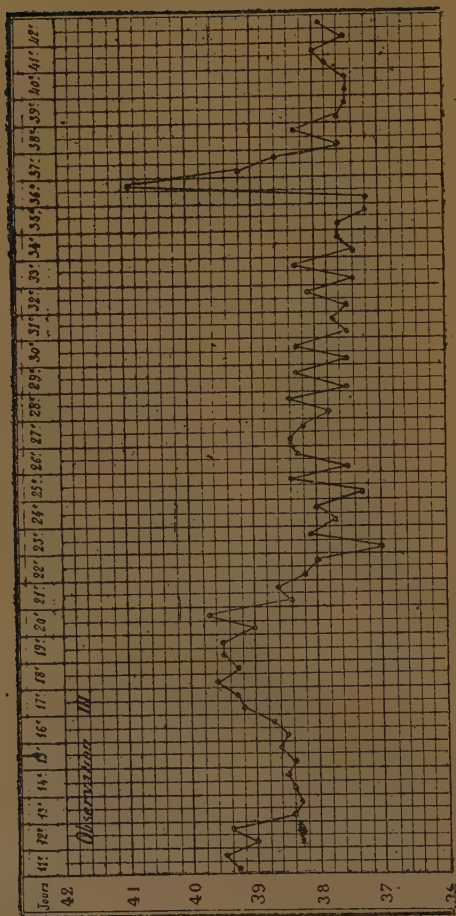
Le 28 nouvelle élévation thermique légère due sans doute à cette pleurésie. Pendant une période de 10 jours, la température oscille

entre 38° et 38°3 ; les signes de l'épanchement s'atténuent rapidement, si bien que le 14 février la résorption en est tout à fait complète.

Du reste la convalescence marche vite, à partir du 16 février, le malade se lève plusieurs heures par jour. Il est bientôt entièrement guéri.

OBSERVATION III

Dans cette observation il s'agit d'une malade de 33 ans, qui est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. Pendant le cours de sa maladie elle n'a présenté aucune complication grave en dehors de métrorrhagies abondantes symptomatiques d'un corps fibreux de l'utérus. Le 36^e jour, alors que l'état général était bon et qu'elle était devenue presque complètement apyretique, elle ressentit dans la matinée un violent frisson, à la suite duquel la température est montée à 40°9. La marche de l'accès unique chez cette malade, son évolution et sa terminaison, nous permettent de conclure à un accès fébrile ayant présenté les allures d'une fièvre paludéenne survenue sans cause apparente et sans que l'examen approfondi de tous les organes ait permis d'en découvrir la cause. A la suite de cet accès l'état général a été très satisfaisant et la température est tombée à la normale, il ne peut être question ni de paludisme, ni de tout autre complication ; la phlébite que la malade a présenté dans la suite, s'étant déclaré 5 à 6 jours après l'accès, comme l'observation ci-dessous en fait foi.



OBSERVATION III (*In* BOUVERET, *Lyon Médical* 1892. *In* BOUVERET, *loc. cit.*).

Marie C..., âgée de 33 ans, admise à l'Hôtel-Dieu le 3 septembre, sortie guérie le 6 octobre 1890. Depuis six mois cette femme a d'abondantes hémorrhagies. A la Charité où elle est entrée depuis quelques jours, on reconnaît le début d'une fièvre typhoïde, et la malade nous est adressée à l'Hôtel-Dieu. La dothiéntérie est à peu près au huitième jour. La malade est baignée malgré ses hémorrhagies, et dans l'intervalle des bains, on applique des vessies de glace sur l'abdomen.

A l'examen, on trouve un corps fibreux utérin. Pouls 120, égal et régulier. Rien au cœur, assez forte albuminurie ; température à 40°6 le soir du huitième jour. Pas de taches rosées, assez forte diarrhée.

Le 4. Apparition des taches.

Le 5. La métrorrhagie diminue sous la double influence des bains et des applications de glace sur le ventre. Les bains sont d'abord à 23°, puis à 26° vers la fin du traitement, ils sont de nouveau à 25°.

Le 9. L'abdomen est moins météorisé, la diarrhée a beaucoup diminué et la métrorrhagie a cessé tout à fait, quelques râles sonores aux bases des poumons.

Le 11. Léger érythème des fesses. La température qui avait notablement baissé pendant quelques jours, se relève de nouveau un peu au-dessus de 39°.

Le 14. L'état général est excellent, il n'y a aucune complication. Encore un peu de diarrhée, 4 gr. de salicylate de bismuth.

Le 17. L'urine contient encore des traces d'albumine, quelques râles aux bases des poumons ; deux à trois petites pustules d'ecthyma au siège d'abord rapidement desséchées.

Le 27. L'apyrexie est obtenue ; la température a été normale matin et soir dans la journée d'hier. L'état de la malade est aussi satisfaisant que possible.

Le 1^{er} octobre. Dans la matinée, au moment de la visite dans son lit, avant de s'être levée, la malade est prise d'un violent frisson avec claquement des dents et tremblements des membres. Quelques minutes après le début de ce frisson, la température est montée à 40°9, la veille au soir elle était de 37°2. Le pouls est à 120 faible et dépressible, mais il n'y a pas de refroidissement des extrémités. Un gramme de sulfate de quinine.

Le 2. La fièvre tombe à 39°3 le matin, et 38°7 le soir. L'état général est très bon. L'examen de tous les organes ne permet de découvrir aucune complication.

Le 3. La température est normale le matin, et le soir elle ne dépasse pas 38°2. A dater de ce jour, l'apyrexie définitive est obtenue; deux fois seulement la température atteint 38° et 38°4.

Le 7. La malade se plaint d'une légère douleur dans le mollet droit qui présente un peu de tuméfaction. Très probablement il s'agit d'une phlébite. Immobilité au lit.

Le 16. La malade est complètement apyrétique depuis plus de 8 jours. Elle ne souffre plus de sa jambe dont l'œdème a presque complètement disparu. Elle se considère comme tout à fait guérie et malgré nos avis elle quitte l'hôpital un peu trop tôt. Nous avons revu la malade en mars 1892. Elle n'a pas eu de rechute ni d'accidents d'aucune sorte après sa sortie d'hôpital.

OBSERVATION IV

L'intérêt que présente cette observation tient nous semble-t-il, à deux faits principaux: 1° tout d'abord elle peut être comparée à notre première observation, tant par le nombre des accès fébriles intenses qui surviennent trois fois dans l'une et l'autre, que par la similitude de leur aspect clinique, nous ne reviendrons pas sur ces faits pour éviter de redire et de représenter les symptômes et les mêmes arguments que dans les observations précédentes. Il suf-

fira de la lire et de jeter un coup d'œil sur la courbe thermique pour se convaincre de l'analogie qu'elles présentent à ce double point de vue qui nous intéresse ; 2° elle nous permettra de juger une fois de plus, la bénignité que présentent ces accès répétés, car ici la température est descendue après chacun d'eux à 37° et même au-dessous de 37° et malgré l'élévation thermique considérable 41° et 41°2, l'état général s'est toujours maintenu satisfaisant, et le dernier accès, moins intense que les deux premiers, une fois terminé ; le malade est resté apyrétique et la convalescence a suivi son cours normal.

OBSERVATION IV (*In* BOUVERET, *loc. cit.*).

M. J., âgé de 27 ans, admis le 7 décembre 1890, a été guéri le 18 janvier 1891. Pas d'antécédents qui méritent d'être notés.

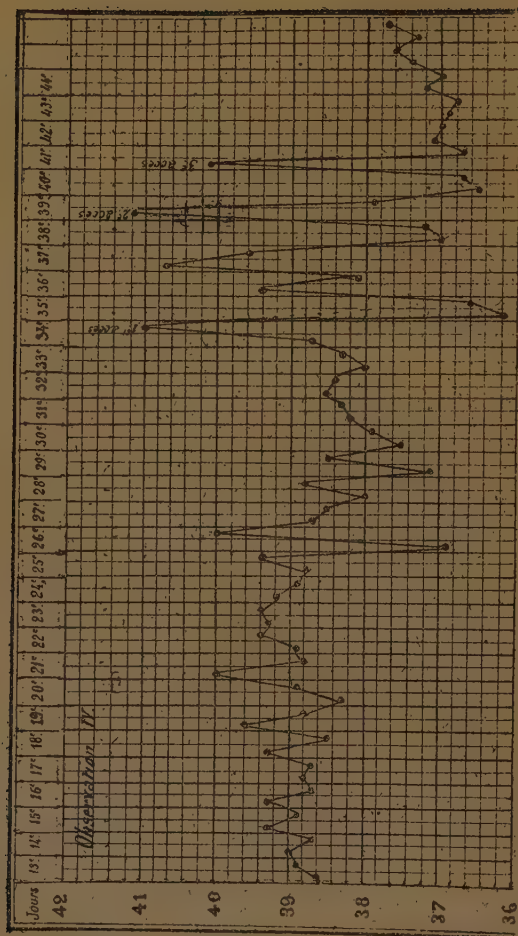
Depuis les derniers jours de novembre malaises, maux de tête, courbature. Mais la fièvre parut débiter le 1^{er} décembre, ce jour-là frisson, prostration, douleurs abdominales, fièvre, séjour au lit. Les symptômes du début persistent et s'aggravent, si bien que le patient est envoyé à l'Hôtel-Dieu pour y être soigné.

Le 5. Les symptômes sont bien ceux d'une dothiënenterie au début, il ne manque que les taches. Les sept premiers bains à 40° sont bien supportés, mais ils ne produisent que de très faibles abaissements de la température fébrile.

Le 7. L'état du malade est satisfaisant. Le pouls est à 100, mais la fièvre dépasse 40° et résiste à la réfrigération. Bains à 20°.

Le 9. Même état bien que le malade frissonne après chaque bain, l'abaissement thermique est peu prononcé. Pouls à 104°.

Le 11. Accès de délire émotif qui dure 1 jour et qui éclatè à l'occasion de deux décès survenus en quelques heures dans les deux lits voisins de celui du malade.



Le 13. Cessation complète du délire. Diarrhée assez abondante, météorisme prononcé. Très nombreuses taches rosées sur la paroi abdominale. Pouls à 100. La fièvre diminue et le malade saute des bains. Aucune complication. Bronchite typhique très modérée.

Le 14. Météorisme abdominal diminue, beaucoup de taches.

Le 16. La fièvre oscille de 38°5 à 39°5. État général très satisfaisant. Légère hypostase aux bases des deux poulmons.

Le 18. Le météorisme et la diarrhée ont entièrement cessé. Pouls, 98°.

Le 19. L'hypostase augmente un peu à droite, respiration bronchique tout à fait à la base.

Le 23. La respiration bronchique a disparu ; on entend à la base droite des râles sous-crépitaants à grosses bulles. Pouls à 100.

Pendant 10 jours, du 23 décembre au 3 janvier, la situation du malade est très satisfaisante, il ne prend à peu près plus de bain, tous les symptômes typhiques ont presque complètement disparu, il ne reste plus qu'un peu de fièvre.

Le 3 janvier. La température du matin est à 38°6. Dans l'après-midi, le patient est pris d'un frisson violent, prolongé, et le soir, la température est montée à 41°. Pendant la nuit, sueurs abondantes. Le 4 au matin la température est à 36°2. Cette hypothermie ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun symptôme inquiétant. Le malade est un peu abattu, mais son facies est excellent, l'examen de tous les organes ne permet de découvrir aucune complication.

Le 5. La température est remontée le soir à 39°5.

Le 6. Sans nouveaux frissons la température est montée à 40°8. Pas de nouveaux sytômes, pas de complications.

Le 7. Apyrexie complète matin et soir ; la température marque 37° et 37°2.

Le 8. Dans la matinée, frissons d'une extrême violence avec claquement des dents et tremblements des membres. Quelques instants après le début de ce frisson la température est montée à 41°1. Le patient est angoissé, surtout très inquiet, mais il ne se plaint d'aucune douleur locale. L'examen minutieux du tégument et de tous les organes donne toujours un résultat négatif. L'accès ne dure pas

longtemps : dans l'après-midi surviennent des sueurs copieuses et à cinq heures du soir, la température est déjà tombée à 37°9. Cette chute thermique se continue pendant la nuit.

Le 9. Hypothermie qui dure toute la journée : 36°5 et 36°7.

Le 10. Nouvel accès fébrile avec frisson, mais bien moins intense que le précédent. La température atteint seulement 40°. Cette élévation thermique est d'ailleurs la dernière.

Le 11. Température au-dessous de la normale 37°1, 37°.

État général bon et toujours aucune complication locale.

Le 12. Hypothermie, 36°9 et 36°8.

Les jours suivants, la température se relève et y reste avec de faibles oscillations. L'apyrexie complète est définitivement obtenue. Alimentation solide.

Le 18. Le malade a repris ses forces, il se lève depuis plusieurs jours et se trouve rétabli pour quitter l'hôpital.

OBSERVATION V

Cette dernière observation est intéressante parce que non seulement la malade a présenté deux accès fébriles à forme paludique, survenus pendant l'apyrexie au 40^e jour de la maladie et au 51^e séparés par conséquent par un intervalle de 10 jours, et dont l'intensité est allé en décroissant ; mais aussi parce que ces accès sont survenus à la fin d'une véritable rechute de la fièvre typhoïde. Cette rechute a commencé vers le 26^e jour, par une nouvelle éruption de taches rosées, une recrudescence de la température sans autres phénomènes typhiques graves et sans complications. Malgré cette rechute, malgré ces accès fébriles, l'état général de cette malade a toujours été satisfaisant, et ni le paludisme ni aucune lésion typhique

n'ont permis d'expliquer ces accidents fébriles intermittents, et comme dans les observations précédentes il est intéressant d'en noter la bénignité.

OBSERVATION V (*In* BOUVERET, *loc. cit.*).

M. M..., âgée de 25 ans, admise le 2 février, sortie le 30 mars 1892. Cette jeune fille est gouvernante dans une famille dont quatre enfants ont été simultanément atteints de fièvre typhoïde. Elle a depuis longtemps des palpitations et elle est atteinte de rétrécissement de l'orifice mitral. Au moment de l'admission, 5^e jour de la fièvre, céphalée, un peu de prostration, diarrhée, léger catarrhe bronchique, douleur de la fosse iliaque, hypertrophie splénique, pas de taches, température 40°6 et 40°8. Bains à 25°.

Le 3. Les taches commencent à apparaître sur l'abdomen, les bains sont bien tolérés, mais ils ne produisent qu'un faible abaissement de la température fébrile.

Le 5. Beaucoup de taches, diminution des symptômes typhiques, état général bon, pas de complications.

Le 9. La défervescence commence, la température oscille de 38°8 à 39°3.

Le 11. Même état satisfaisant. Le pouls est à 100°. La diarrhée a cessé. Température 38°4 et 38°6. La malade n'a pris qu'un seul bain en 24 heures.

Le 15. On constate une légère hypostase aux deux bases, à gauche, il y a un peu d'épanchement pleurétique. La malade accuse une douleur de ce côté. Le développement de cette complication s'accompagne d'une élévation de température qui, après tout, ne dépasse pas 39°2.

Le 20. Résolution de l'hypostase et résorption manifeste de l'épanchement. En même temps la fièvre diminue beaucoup.

Pendant 4 jours, du 21 au 24, apyrexie complète.

Du 25 février au 7 mars. Nouvelle période fébrile qui a tous les

caractères d'une rechute et qui s'accompagne d'une nouvelle éruption de taches rosées.

Cette rechute est de peu de gravité, pas de symptômes typhiques graves, aucune complication, état général très bon.

Le 7 mars. La température est normale matin et soir.

Le 8. Dans la matinée, pendant la visite, le malade est pris d'un fort frisson, avec tremblement des membres et claquement des dents et la température monte à 40°3. Sueurs pendant la nuit.

Le 9. La température est à 38°4. L'état général est toujours très bon et il est impossible de découvrir aucune complication. Le souffle pleurétique n'a pas reparu.

Du 9 au 18. La courbe présente quelques oscillations irrégulières, puis revient à la normale. Pendant le 16, 17, 18 mars, apyrexie complète.

Le 19. Deuxième frisson moins intense que le premier. Cet accès fébrile est également plus court et la température ne dépasse pas 39°5.

Le 20. La température est de nouveau normale matin et soir.

A dater de ce jour, elle ne dépasse plus 38°. L'apyrexie est définitive et la guérison est complète.

La malade quitte l'hôpital le 30 mars en très bon état.

Elle n'a pas plus de palpitations qu'avant sa fièvre.

Pendant la convalescence, le pouls a été plus tôt ralenti qu'accélééré.

CHAPITRE III

Symptômes

Il est un fait constant dans toutes les observations que nous publions, c'est que ces grands accès fébriles intermittents apparaissent tous, soit au moment de la défervescence de la dothientérie, alors que les symptômes typhiques ont presque disparu et que l'état du malade est très satisfaisant, soit au moment de la convalescence. Il semble que cette élévation excessive de la température suivie d'une chute brusque jusqu'à la normale, soit un épisode thermométrique dont la pathogénie a besoin d'être étudiée et qui ne nous paraît dépendre dans tous nos cas ni d'une complication ni d'une infection surajoutée.

Ainsi donc d'une manière générale ces accès apparaissent lorsque la dothientérie est complètement en voie de régression, ou que le malade semble entrer en convalescence ou bien comme dans l'Observation V, à la fin d'une véritable rechute.

L'accès éclate soudainement tantôt dans la matinée, tantôt dans la soirée, il n'est annoncé par aucun prodrome et il se comporte absolument dans l'ensemble de son évolution comme un véritable accès de fièvre intermittente.

La température commence à s'élever plusieurs heures avant le frisson et continue à monter même pendant la

durée de celui-ci, dans une des Observations, le maximum atteint a été de 41°7.

Le pouls et la respiration sont accélérés. Le frisson peut être extrêmement violent et est accompagné d'un tremblement qui se généralise à tout le corps, le malade claque des dents et secoue fortement son lit. Il peut être très intense et d'une durée plus ou moins grande ; dans notre Observation elle a été de quatre heures et demi environ, tandis que dans celle de Bouveret, elle n'a pas dépassé une heure à une heure et demi. Après apparaît le stade de chaleur qui a duré de 8 à 12 heures et est suivi par le stade de sueurs, qui sont très abondantes dans quelques-unes des Observations. Après l'accès, le malade éprouve une sensation de bien-être et la température s'abaisse rapidement, en quelques heures elles tomba à la normale comme dans presque toutes les Observations ci-dessus (Obs. I, III, IV, et V) et même au-dessous (Obs. IV), et cette hypothermie peut durer plusieurs heures et même un ou deux jours.

Dans d'autres cas, la fièvre ne tombe pas complètement entre deux accès et la courbe thermométrique reste au-dessus de 38° (Obs. II et IV) sans que l'on ne puisse trouver ni une complication, ni une lésion quelconque du côté des divers organes. Et ce qui le prouve bien c'est que l'accès suivant une fois terminé la température tombe à la normale. Ces accès fébriles peuvent donc présenter dans leur évolution, tout comme l'accès palustre, des rémittentes et des intermittences.

Après l'accès le malade est abattu, mais au bout de quelques jours cet abattement a cessé et le facies n'est pas

celui d'un homme gravement atteint. « Même, après un
« violent accès dit Bouveret. (*Lyon médical*, 1892) l'état
« général peut être bon et l'exploration la plus minutieuse
« ne permet de découvrir aucune des complications com-
« munes à la fièvre typhoïde. » Les accès, sauf dans notre
observation, où ils sont quotidiens surviennent sans
aucune périodicité, séparés les uns des autres par inter-
valle de temps qui varie de 3 à 7 jours.

Quant à leur nombre il est variable de 1 à 5 : on peut
en compter même jusqu'à vingt, comme dans une obser-
vation de Frenkel publiée dans le *Lyon médical* (1892)
que nous n'avons pas reproduite parce qu'il nous a paru
que chez cette malade l'intoxication paludique ne nous
semblait pas devoir être complètement écartée.

DIAGNOSTIC

Comment peut-on reconnaître ces accidents fébriles paroxystiques et comment les distinguerons-nous des troubles multiples qui peuvent modifier au cours de la convalescence la marche de la fièvre typhoïde.

Nous éliminerons tout d'abord la fièvre d'alimentation qui dans certains cas produit au cours de l'apyrexie une recrudescence de la température ; ainsi que la fièvre survenant à la suite d'une fatigue ou d'une émotion. Nous aurons surtout en vue dans cette discussion, les accidents fébriles survenant au moment de la défervescence de la dothiennentérie et pouvant présenter ce caractère d'intermittence qui domine dans toutes nos observations. C'est pour ces raisons que nous laisserons de côté le diagnostic que l'on peut faire avec les rechutes de la fièvre typhoïde, avec la fièvre due à la coprostase et avec les cas de tuberculose pulmonaire qui peuvent survenir à la fin d'une dothiennentérie.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'accidents fébriles intermittents avec les trois stades parfaitement caractérisés d'un accès paludéen, l'intégrité de l'état général avant et après l'accès et l'absence de toute complication ; on devra tout d'abord penser à un accès paludique survenant au cours d'une dothiennentérie. Nous allons voir que cette hypothèse n'est pas admissible, dans les cas que nous étudions, car

l'association de fièvre typhoïde et de paludisme se comporte tout différemment. Le typho-paludisme est une maladie grave pendant tout le cours de son évolution; dans la majorité des cas les accidents palustres éclatent dès le début de l'invasion typhique mais il est des cas très nets dans lesquels les grands accès palustres se sont développés dans le décours de la dothientérie. Frangeul dans sa thèse sur l'impaludisme dans les maladies infectieuses s'exprime ainsi à ce sujet: « Parfois ce n'est que le 8^e, le « 10^e jour que les accès intermittents se déclarent, ou « même plus tard à la fin de la dothientérie, soit que « l'état de convalescence ait réveillé l'activité du poison « paludique chez un ancien impaludé, soit qu'il ait favorisé l'intoxication chez un sujet vierge de toute atteinte « de la malaria. »

De plus les accès sont multiples, réguliers dans leur périodicité, ils s'accompagnent d'hypertrophie du foie et de la rate, d'un aspect terreux du visage, de vomissements et parfois même d'ictère, autant de symptômes qu'on ne retrouve dans les observations ci-dessus.

L'examen du sang sera un élément de plus de diagnostic, nous regrettons qu'il ait été omis dans les cas que nous publions. D'autre part on remarquera que dans l'intervalle des deux accès (dans la plupart de nos observations) la température reste élevée pendant quelques jours oscillant entre 38° et 39° et au-dessus, ce qui n'est pas la caractéristique du véritable accès paludéen, dans lequel la température tombe brusquement à la normale après la fin de celui-ci.

En dernier lieu, il faudra tenir grand compte des

anamnestiques fournis par les malades qui, dans notre cas et dans ceux de M. Bouveret n'étaient en aucune façon de vrais paludéens et n'habitaient point un pays à malaria, et enfin il est un dernier point qu'il est important de signaler, c'est que la quinine administrée même à fortes doses n'a pas empêché le retour des accès chez les malades de M. Bouveret.

Ces accès fébriles peuvent également prendre une allure intermittente dans une autre complication fréquente de la dothientérie, dans la choleseystite et dans l'angiocholite. Le diagnostic deviendra difficile dans certains cas où l'on se trouve en présence d'une infection biliaire latente se manifestant simplement par la fièvre, qui rappelle absolument par ses intermittences les accès de fièvre palustre, avec cette différence que l'accès est véséral et peu régulier dans son type.

Nous les reconnaitrons à ce que, l'infection commence en général pendant la période fébrile, se prolonge et peut s'accroître seulement au cours de la convalescence ; les symptômes sont insidieux au début. Le plus souvent, le convalescent éprouve une douleur plus ou moins vive à l'hypochondre droit, quelquefois la douleur est paroxystique et simule une colique hépatique, bien que les voies biliaires ne renferment pas de calculs. La fièvre est vésérale, le foie se trouve augmenté de volume, la vésicule biliaire est saillante et douloureuse à la pression.

Aucun de ces symptômes bien qu'ils ne soient pas toujours constants, ne se retrouvent dans les observations précédentes, et l'évolution ultérieure de la convalescence, malgré ces accès fébriles et leur analogie avec la fièvre

intermittente hépatique, nous ont permis d'écarter ce diagnostic.

Enfin on pourra songer aux suppurations fréquentes qui se développent d'une façon très insidieuse en élevant la température et qui surviennent au cours de la convalescence, mais un examen minutieux des divers organes qui peuvent être atteints, les réactions locales qu'elles provoquent pourront facilement permettre d'arriver au diagnostic.

Aucune des complications connues de la dothiéntérie ne pourront être mises en cause dans les observations citées plus haut, parce que d'abord les signes d'une complication locale n'existent pas, parce qu'aucune n'imprime une semblable modification au tracé thermométrique, et parce qu'enfin, l'accès une fois passé, ne laisse pas de traces sérieuses, puisque tous les malades ont guéri.

Nous nous croyons donc autorisé en nous appuyant sur les différentes observations que nous venons d'étudier à établir les conclusions suivantes.

CONCLUSIONS

1. On peut observer, au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde des accès fébriles paroxystiques survenant sans prodromes et en nombre variable.

2. Ces accès présentent le syndrome clinique d'un véritable accès de fièvre intermittente, s'accompagnant comme ce dernier de frissons, de chaleur et de sueurs.

3. L'examen clinique ne permet pas de les rapporter ni au paludisme ni à une altération anatomique localisable.

4. Ces accès, malgré leur rareté, ont une allure spéciale qui permet de les distinguer de complications ordinaires de la fièvre typhoïde.

5. L'issue en est généralement bénigne, ils retardent simplement la convalescence.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse :

HUTINEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Médecine,

GRÉARD.

POURTIÉ

3.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernheim**. Leçons cliniques 1877. *Revue médicale de l'Est*, 1874.
Congrès de Nancy 1896.
- Bourneville**. De quelques causes des irrégularités de la température, *Gazette des Hôpitaux*, 1874.
- Bouveret**. Sur les grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde, *Lyon Médical*, juin 1892, nos 23 et 24.
- Brouardel**. Traité de médecine et de thérapeutique.
- Cahn**. De la marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens.
Thèse, Paris, février 1888.
- Carville**. Température dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1872.
- Charcot**. Traité de médecine, art. Chantemesse.
- Charvot**. Température dans la convalescence de la fièvre typhoïde.
Thèse, Paris, 1872.
- Deumié**. Des réitérations de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1888.
- Dieulafoy**. Pathologie interne.
- Freukel**. *Lyon Médical*, juin 1892, n° 25.
- Frangéul**. Sur l'impaludisme dans les maladies. Thèse, Paris, juillet 1883.
- Ferjat**. Constipation et phénomènes toxiques qu'elle provoque.
Thèse, Lyon, 1890.
- Griesinger**. Traité des maladies épidémiques. Traduction Lemaitré, 1870.
- Hutinel**. Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. Thèse d'agrégation. Paris, 1883.
- Jaccoud**. *Cliniques médicales de la Pitié*, 1883-84.
- Jacquemin**. De certains grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde. Thèse, Lyon, 1897.

- Jenkins.** Diagnostic différentiel entre la malaria et la typhoïde. *Méd. Record.* octobre 1898.
- Labaste.** De quelques complications de la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse, Lyon, 1893.
- Laveran et Teissier.** Manuel path., interne.
- Murchison.** Traité de fièvre typhoïde. Traduct., 1878.
- E. Pailhas.** Les élévations de température à long intervalle. Thèse, Paris, 1886.
- G. Pailhas.** Sur un cas de grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde, *Languedoc médical*, 1892.
- Polguère.** Infections secondaires, leurs localisations au cours de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. Thèse, Paris, 1888.
- Potain.** Récidives et réitérations de la fièvre typhoïde. *Bulletin médical*, juillet, 1892.
- La fièvre dans la convalescence de la dothientérie. *Semaine médicale*, Avril 1899.
- Racle.** — Traité du diagnostic médical.
- Salaun.** — Des fièvres typhoïdes malariennes au Gabon, fièvre rémittente typhoïde. Th. Bordeaux, 1888.
- Sallebert.** — Sur les récidives de la fièvre typhoïde. Th. Bordeaux, 1888.
- Sorel (F.).** — De l'intoxication palustre dans ses rapports avec la fièvre typhoïde (*Revue de méd. et de chir.*, Paris, 1880).
- Vignon.** — Variations de la température dans la fièvre typhoïde, au moment de l'alimentation. Th. Paris, 1881.
- Wunderlich.** — Traité de la température dans les maladies.

